

# Antrag auf Erstattung von Impfkosten (Hepatitis A/B)

für SchülerInnen des Oberstufenzentrums LDS ab dem Schuljahr 2018/19 nach § 110 Abs. 2 Nr. 9 Brandenburgisches Schulgesetz



Landkreis Dahme-Spreewald  
Amt für Schulverwaltung  
Beethovenweg 14  
15907 Lübben (Spreewald)

## Hinweise:

Kästchen sind, wenn zutreffend, anzukreuzen.  
Sofern Nachweise gefordert werden, sind diese als Anlage(n) beizufügen. Unvollständig ausgefüllte sowie unvollständige Anträge werden ansonsten unbearbeitet zurückgesendet!

## Voraussetzung für die Erstattung der Impfkosten

1. Der/Die SchülerIn ist im Schuljahr 2018/19 oder einem späteren Schuljahr SchülerIn der Fachschule, der Berufsfachschule Soziales oder der Fachoberschule Sozialwesen in Vollzeit am Oberstufenzentrum (OSZ) des Landkreises Dahme-Spreewald.
2. Die Impfung gegen Hepatitis A und/oder B und die Rechnungslegung ist nach dem 30.04.2018 erfolgt.
3. Die Krankenkasse übernimmt nicht die Kosten für die Impfung.
4. Es wurden noch keine Kosten für die Auffrischung oder Grundimmunisierung gegen Hepatitis A und/oder B erstattet.

*Impfkosten sind Kosten, die durch die Auffrischung oder Grundimmunisierung (Erstimpfung inklusive der in der Regel ein bis zwei erforderlichen Folgeimpfungen) zur Erlangung eines vollständigen Impfschutzes gegen Hepatitis A und/oder B entstehen. Sie umfassen die Kosten für den Impfstoff sowie die Gebühren für die Beratung und das Arzt-Honorar.*

1. Persönliche Angaben zum/zur SchülerIn (*freiwillige Angabe/n)	
Name, Vorname	
Straße und Hsnr.	
PLZ und Wohnort	
Telefon*	
E-Mail*	

  

2. Bildungsgang	
<input type="checkbox"/>	Fachschule
<input type="checkbox"/>	Berufsfachschule Soziales in Vollzeit
<input type="checkbox"/>	Fachoberschule in Vollzeit
<input type="checkbox"/>	sonstiges

<b>3. Standort</b>	
	OSZ Abteilung 1 (Schönefeld)
	OSZ Abteilung 2 (Lübben)
	OSZ Abteilung 3 (KWh, Brückenstraße 40)
	OSZ Abteilung 4 (KWh, Luckenwalder Straße 64)

<b>4. Bankverbindung</b>	
Kreditinstitut	
KontoinhaberIn	
IBAN	

<b>5. Anlagen</b> Folgende Anlagen sind beizufügen:	
	Ablehnungsbescheid der Krankenkasse
	Impfkostenrechnung (Hepatitis A und/oder B)
	aktuelle Schul- oder Aufnahmebescheinigung am OSZ des Landkreises Dahme-Spreewald

<b>6. Erklärung</b>
<p>Ich versichere, dass die von mir getätigten Angaben wahrheitsgemäß sind und keine Tatsachen verschwiegen wurden, die für den Anspruch maßgebend sind. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für die Erstattung der Impfkosten verarbeitet und gespeichert werden.</p>

Ort, Datum

Unterschrift volljährige/r SchülerIn oder gesetzliche/r VertreterIn

*Rückfragen können während den Sprechzeiten  
dienstags (08:00 - 12:00 Uhr und 13:00 - 18:00 Uhr) und  
donnerstags (08:00 - 12:00 und 13:00 - 16:00 Uhr)  
an das Amt für Schulverwaltung, Beethovenweg 14 in 15907 Lübben (Spreewald),  
Tel. 03546 20-2505, Fax 03546 20-2478 oder  
per E-Mail an schulverwaltungsamt@dahme-spreewald.de gerichtet werden.*